

掛川市内の訪問看護師が関わっている

在宅療養者の健康問題と在宅ケアの実際

—在宅における看護技術の実施状況を中心に—

見城道子 守屋治代 大金ひろみ 伊藤景一

要旨：静岡県掛川市は、二次医療に特化した新病院の開設に向けて、その前方・後方支援のための在宅医療の充実を含めた地域医療整備計画を推進している。本調査では、在宅療養支援に欠かせない訪問看護師の機能の強化を図るための基礎資料として、掛川市の訪問看護師を対象に、実際関わっている在宅療養者の健康問題に対応して在宅で必要とされている看護技術の実際を調査した。その結果、要介護度4～5の高齢者への在宅療養支援が主であり、実施頻度の高さから訪問看護師は、訪問時にまずバイタルサインを確認し健康状態を把握したうえで、食物摂取と排泄にまつわる日常生活援助と医療処置および清潔ケアを多く実施していると考えられた。訪問看護師の確保が重要課題であり、人工呼吸器管理など高度医療、がん患者の疼痛コントロール、看取りの支援など多様なニーズに対応するための研修や多職種との連携強化が求められている。

I. はじめに

静岡県中東遠地域では静岡県地域医療再生計画（中東遠版）により、病院統合や再編、在宅医療支援策が進められている。掛川市では平成25年春開院予定の新病院を二次医療に特化し、平均在院日数の短縮を図るために、一方で地域での医療連携・地域包括ケアの推進が緊急の課題となっている。そのための具体的対策として在宅医療、在宅介護の総合支援を行う地域拠点として「地域健康医療支援センター（ふくしあ）」を市内5か所に立ち上げ、病院の地域連携室との2本柱で掛川市の「在宅～病院～在宅」の患者の流れをつくる構想を稼働しはじめている。「ふくしあ」は、医療・保健・福祉・介護が一体となるようそれぞれの担当で構成され、訪問看護施設もそこに位置づけられている。このような在宅医療ネットワークが成功するために、一つには開業医と訪問看護施設との連携が重要な課題であることは既にいわれている（柳沢2007、渡辺ほか2009）。

また昨今、入院期間の短縮化や病院の機能分化等により、医療依存度の高い在宅療養者が増加しており、訪問看護に求められる能力や在宅

での看護技術の質は高度化、複雑化している（千田ほか、2006）。訪問看護師の実施している看護内容に関する王ら（2008）の調査では、「利用者の生活場面で看護過程を展開する能力」、「利用者の家族との関係を構築する能力」、「家族のケア能力を向上させる能力」、「他職種との連携による問題解決能力」を見出している。また、島内ら（2000）の作成した訪問看護業務分類は、大分類（14項目）、中分類（45項目）、小分類（130項目）より構成されており、これを参考に実施した中下ら（2006）の調査では、在宅看護技術の実施頻度と難易度は検討されているが、状況に応じた工夫および実施上の困難点について調査したものは見当たらない。そこで本研究では、掛川市の在宅医療の質の向上に向けて、掛川市の訪問看護師の実施している看護技術の実施頻度と状況に応じた工夫および実施上の困難点を調査したので報告する。

II. 研究目的

掛川市の訪問看護師が実際に関わっている在宅療養者の健康問題とそこで必要とされている在宅ケアの実際（実施頻度、工夫、困難点）を明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査対象

掛川市に登録している訪問看護事業施設4か所の管理者および訪問看護師

2. データ収集方法

自記式質問紙調査。掛川市からの調査依頼文書を添えて各事業施設の管理者に調査を依頼した。質問紙は各事業施設の管理者を通して訪問看護師に配布し、返信用封筒で郵送にて回収した。

3. 調査内容

1) 施設管理者からは、設置主体、看護師常勤者数、利用者の状況、支援体制、在宅での看取り件数について回答を得た。

2) 訪問看護師からは、基本的属性、看護技術の実施状況(実施頻度、工夫、困難点)、研修会の必要性について回答を得た。在宅看護技術の実施頻度は、島内ら(2000)、中下ら(2006)の作成した項目を参考にして作成した。大項目は「ターミナル状態」を「がん」と「がん以外」に項目を分け15項目とした、小項目は計132項目とした。各項目を、1カ月の訪問回数のうち「毎回実施する」「よく実施する」「時々実施する」「ほとんど実施しない」「全く実施しない」の5段階評定、4点から0点を与えて得点化した。得点が高いほど実施する頻度が多いことを示す。在宅看護技術の工夫と困難点および研修会の必要性については自由記載とした。

4. データ分析方法

解析にはSPSS. Ver16.0を用い基本統計量を算出した。自由記載はカテゴリーに分類した。

5. 倫理的配慮

訪問看護施設管理者に事前に口頭及び文書で説明のうえ研究協力の承諾を得た。その後、管理者を通して訪問看護師個人に説明文書と調査票および返信用封筒を配布した。その際、研究協力は自由意志であること、協力しないことによる不利益は生じないことを文書にて説明した。管理者には同意書の記載、訪問看護師からは調査票の返信をもって同意とみなした。施設名・個人名はすべて無記名とし、得られたデータは厳重に保管し、他の目的には使用せず、

調査終了後には破棄することを説明した。本調査は、東京女子医科大学倫理委員会において承認された。受付番号「2007」。

Ⅳ. 結果

1. 訪問看護施設および看護職の背景

1) 訪問看護施設の概要(表1)

市内の4事業施設(回収率100%)から回答があった。設置主体は、静岡県看護協会2か所、医療法人2か所であった。訪問看護師の総数33名、そのうち常勤12名(36%)、非常勤21名(64%)であった。訪問看護師養成研修を受講したものは11名で、すべて静岡県看護協会主催の研修の受講であった。認定看護師(訪問看護)、専門看護師(地域看護)の資格所有者はなかった。

平成22年10月現在の訪問看護利用者総数は、333名であり掛川市の人口の約0.3%にあたる。利用者の年齢分布は40歳未満4%、40-65歳7%、65歳以上89%であった。24時間対応加算の届け出は、設置主体が看護協会の2か所が届け出ている。24時間連絡体制加算は、医療法人の1か所が届け出ている。

表1 訪問看護を行っている施設の概要

事業施設		事業施設				合計
		A	B	C	D	
訪問 看護師数	総数	13	11	1	8	33
	常勤	3	2	1	6	12
	非常勤	10	9	0	2	21
訪問看護師 養成研修 受講者数	総数	3	4	2	2	11
	県看護協会 養成コース	3	4	2	2	11
現在 利用者数	総数	155	99	3	76	333
	40歳未満	10	5	0	0	15
	40~65歳	13	7	0	3	23
	65歳以上	132	87	3	73	295
1ヶ月訪問回数(延べ)		658	507	4	426	1595
24時間対応加算届出		◎	◎	×	×	—
24時間連絡体制加算届出		—	—	×	◎	—
在宅療養支援診療所と連携		×	×	×	×	—
利用者のいない地区		高瀬以南	上内田以北	原谷原田以外	ない	—

在宅療養支援診療所との連携は4か所ともなかった。掛川市内でこれまでに利用者のいない地区はなかった。

1か月の保険別利用件数は、介護保険30分未満15%、介護保険30分～60分未満63%、介護保険60分～90分未満6%、医療保険2時間以内16%であった(図1)。

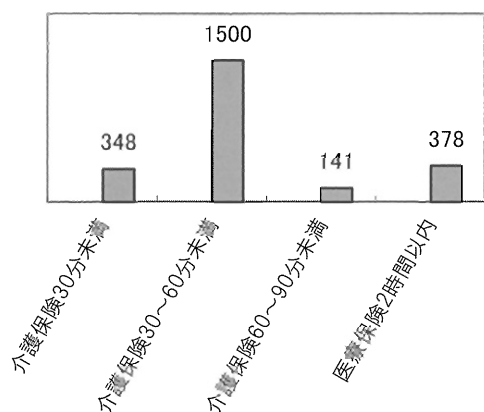


図1 1ヶ月の保険別利用件数(延べ件数)

1か月の要介護度別利用件数は、要支援1 4%、要支援2 5%、要介護1 14%、要介護2 14%、要介護3 17%、要介護4 24%、要介護5 22%であった(図2)。

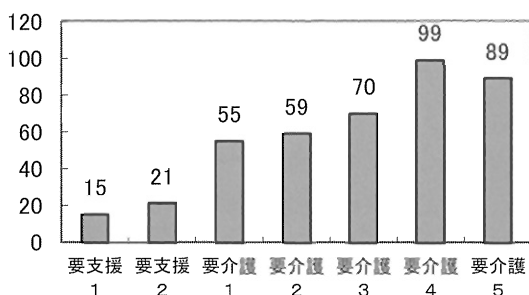


図2 1ヶ月の要介護度別利用件数(延べ件数)

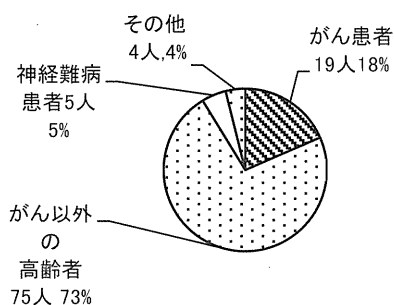


図3 平成21年度区分別看取り人数

21年度延べ訪問看護件数14,535件に占める、神経難病患者の訪問看護2280件(15.7%)、がん患者の訪問看護600件(4.1%)、小児患者の訪問看護250件(1.7%)であった。

21年度の在宅での看取りは、総数103人であり、がん以外の高齢者73%、がん患者18%、神経難病患者5%、その他4%であった(図3)。

2) 看護職の概要(表2)

質問紙は29部配布し、28部回収(回収率96.5%)した。平均年齢42.3(±8.2)歳であり、40歳代が50%で最も多く、次いで30歳代が35%であった。

看護職総経験年数17.1(±7.9)年であり、15～19年が32%と最も多く、経験10年以上が80%以上を占め、5年未満はなかった。

訪問看護師経験年数5.2(±3.8)年であり、5年未満43%、5～9年40%であった。

施設内の役割は、対象者の10%が管理職であった。

表2 看護職の概要		N=28
項目		人数(%)
年齢	42.3(±8.2)	
	29歳未満	1(3.6)
	30-39歳	10(35.7)
	40-49歳	14(50.0)
	50-59歳	1(3.6)
	60歳以上	2(7.1)
性別		28(100)
看護職総経験年数	17.1(±7.9)	
	5年未満	0(0.0)
	5-9年	5(17.9)
	10-14年	6(21.4)
	15-19年	9(32.1)
	20-24年	2(7.1)
	25-29年	5(17.9)
	30年以上	1(3.6)
訪問看護師経験年数	5.2(±3.8)	
	5年未満	12(42.9)
	5-9年	11(39.3)
	10年以上	5(17.9)
施設内の役割		
	管理職	3(10.7)
	その他	24(85.7)
勤務形態		
	常勤	11(39.3)
	非常勤	17(60.7)
勤務時間(週あたり) n=16	25.0(±10.8)	
	20時間未満	5(17.9)
	20-24時間	2(7.1)
	25-29時間	3(10.7)
	30-34時間	4(14.2)
	35-39時間	2(7.1)
	40時間以上	2(7.1)
看護師一人当たり最近1カ月の延べ訪問回数	60.0(±30.8)	
	2回-126回	

下線: 平均値(標準偏差)

一週間当たりの勤務時間は、25.0±10.8時間であり、20時間未満が18%と最も多く、次いで30～34時間14%、25～29時間10%、35～39時間7%、40時間以上7%であった。最近1カ月の延べ訪問件数の平均60(±30.8)回であり、最小値2回、最大値126回であった。

これまでの在宅での看護師一人当たりの看取り人数(表3)は、0人～50人であり、看取りの人数は訪問看護師間でばらつきがみられた。

「多数」と「不明」の記載で2割以上になったのは、ターミナルケアを在宅で実践し死亡診断をするために病院へ送ったケースを「看取り」とするか迷ったためではないかと推測する。

表3 これまでの在宅での看取り人数 N=28

看取りの人数	看護師数	%
0	4	14.3
1	2	7.1
2	1	3.6
3	2	7.1
5	1	3.6
6	1	3.6
7	1	3.6
10	1	3.6
14	1	3.6
15	3	10.7
30	1	3.6
50	1	3.6
多数	3	10.7
不明	4	14.3
その他	2	7.1

2. 訪問看護における健康問題に対する看護技術の実施頻度(表4, 表5, 表6)

【呼吸・循環機能の問題】に対して、回答した訪問看護師全員が「血圧測定」、「脈拍測定」を毎回実施していた。「肺ガス交換・換気交換(SPO₂測定含む)」、「呼吸測定」については、7～8割が毎回実施していた。

【摂取と排泄の問題】に対して、「おむつ交換」、「排便状態への援助」をほぼ9割が毎回もしくはよく実施していた。【皮膚と清潔の問題】に対して、「陰部清拭・陰部洗浄」を9割以上が毎回もしくはよく実施していた。「皮膚状態への援助」「褥創予防の援助」は、7～8割以上が毎回もし

くはよく実施していた。「全身清拭」「更衣」「歯磨き・口腔清拭」は6割以上がよく実施していた。【コミュニケーションの問題】では、「コミュニケーション意欲への援助」、「コミュニケーション・発語を促す援助」を、毎回もしくはよく実施するものが6割以上であった。【身体機能・日常生活動作の問題】では、「日常生活動作の援助」、「ベッド上可動性の援助」を、毎回もしくはよく実施するものが7割以上であった。

【睡眠の問題】に対し、「睡眠障害への援助」を毎回もしくはよく実施するは2割弱であった。

【医療処置】のうち、「グリセリン浣腸」「排便」は、8割以上が毎回もしくはよく実施していた。次いで「膀胱留置カテーテルの管理」「経管栄養の管理(胃ろうケア, チューブ交換)」を7割以上が毎回もしくはよく実施していた。「中心静脈栄養法の管理」「在宅人工呼吸器の管理」等の高度医療の実施はわずかであった。【服薬管理】に対しては、6割程度が「服薬管理」を毎回もしくはよく実施していた。

【家族・介護者の問題】では、「主介護者の健康状態のケア」を7割以上が毎回もしくはよく実施していた。「主介護者の精神状態へのケア」「介護知識への援助」を6割以上が毎回もしくはよく実施していた。

【ターミナル状態(がん以外)】【ターミナル状態(がん)】に対しては、「身体的苦痛の緩和」は毎回もしくはよく実施が2～4割であることを除いて、どの項目も約半数が時々実施の回答であり、1～3割がほとんどもしくは全く実施しないと回答したことが特徴的であった。

3. 訪問看護における看護技術の工夫と困難

「訪問看護において工夫していること」についての自由記述の結果をカテゴリーに分類した(表7)。工夫していることとして複数の訪問看護師が挙げた上位は、利用者の負担や不安の軽減に関すること、次いで利用者の満足や介護者及び家族を配慮することが挙げられた。また、他職種との連携や訪問看護師の基本的な姿勢、先を予見したアセスメント、対象に応じた指導に関して工夫が挙げられた。

表4 訪問看護における健康問題に対する看護技術の実施頻度

N=28 人数(%)

	毎回実施	よく実施	時々実施	ほとんど実施しない	全く実施しない
呼吸・循環機能の問題					
血圧測定	28(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
脈拍測定	28(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
肺ガス交換・換気交換 (SPO ₂ 測定含)	23(82.1)	5(17.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
呼吸測定	20(71.4)	6(21.4)	2(7.1)	0(0.0)	0(0.0)
循環促進のためのマッサージ	1(3.6)	10(35.7)	15(53.6)	1(3.6)	1(3.6)
排痰の促進の援助	1(3.6)	12(42.9)	14(50.0)	1(3.6)	0(0.0)
安楽な呼吸の援助	1(3.6)	9(32.1)	14(50.0)	3(10.7)	1(3.6)
浮腫への援助	1(3.6)	7(25.0)	14(50.0)	5(17.9)	1(3.6)
チアノーゼへの援助	1(3.6)	4(14.3)	14(50.0)	8(28.6)	1(3.6)
巻法	1(3.6)	3(10.7)	15(53.6)	7(25.0)	2(7.1)
嘔吐・嘔気への援助	1(3.6)	2(7.1)	10(35.7)	10(35.7)	5(17.9)
意識障害への援助	1(3.6)	1(3.6)	10(35.7)	10(35.7)	6(21.4)
出血への援助	1(3.6)	1(3.6)	7(25.0)	13(46.4)	6(21.4)
心音測定	8(28.6)	5(17.9)	9(32.1)	5(17.9)	1(3.6)
摂取と排泄の問題					
おむつ交換	14(50.0)	12(42.9)	1(3.6)	1(3.6)	0(0.0)
排便状態への援助	14(50.0)	11(39.3)	3(10.7)	0(0.0)	0(0.0)
排尿状態への援助	10(35.7)	10(35.7)	6(21.4)	1(3.6)	1(3.6)
尿失禁への援助	8(28.6)	9(32.1)	8(28.6)	2(7.1)	1(3.6)
便失禁への援助	7(25.0)	10(35.7)	8(28.6)	2(7.1)	1(3.6)
栄養状態への援助	6(21.4)	7(25.0)	11(39.3)	2(7.1)	2(7.1)
水分補給の援助	5(17.9)	13(46.4)	9(32.1)	1(3.6)	0(0.0)
尿意への援助	3(10.7)	6(21.4)	13(46.4)	5(17.9)	1(3.6)
食事療法	3(10.7)	6(21.4)	12(42.9)	4(14.3)	3(10.7)
脱水状態への援助	2(7.1)	10(35.7)	13(46.4)	1(3.6)	2(7.1)
栄養補給食品使用の援助	2(7.1)	8(28.6)	14(50.0)	2(7.1)	2(7.1)
嚥下状態への援助	2(7.1)	6(21.4)	15(53.6)	3(10.7)	2(7.1)
食事摂取の援助	2(7.1)	4(14.3)	10(35.7)	6(21.4)	6(21.4)
下痢への援助	1(3.6)	8(28.6)	9(32.1)	6(21.4)	4(14.3)
喫煙習慣への援助	1(3.6)	1(3.6)	0(0.0)	12(42.9)	14(50.0)
味覚状態への援助	1(3.6)	0(0.0)	3(10.7)	9(32.1)	15(53.6)
飲酒習慣への援助	1(3.6)	1(3.6)	0(0.0)	10(35.7)	16(57.1)
皮膚と清潔の問題					
陰部清拭・陰部洗浄	13(46.6)	14(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.6)
皮膚状態への援助	10(35.7)	12(42.9)	6(21.4)	0(0.0)	0(0.0)
褥創予防の援助	8(28.6)	15(53.6)	4(14.3)	1(3.6)	0(0.0)
部分清拭	7(25.0)	10(35.7)	10(35.7)	0(0.0)	1(3.6)
褥創処置	4(14.3)	11(39.3)	12(42.9)	1(3.6)	0(0.0)
全身清拭	3(10.7)	17(60.7)	6(21.4)	1(3.6)	1(3.6)
更衣	3(10.7)	18(64.3)	6(21.4)	1(3.6)	0(0.0)
歯磨き・口腔清拭	3(10.7)	17(60.7)	6(21.4)	0(0.0)	2(7.1)
洗面介助	3(10.7)	4(14.3)	14(50.0)	5(17.9)	2(7.1)
入浴介助	2(7.1)	8(28.6)	13(46.4)	3(10.7)	2(7.1)
手指浴・足浴	2(7.1)	10(35.7)	12(42.9)	3(10.7)	1(3.6)
整容	2(7.1)	13(46.4)	9(32.1)	3(10.7)	1(3.6)
寝具リネン交換	1(3.6)	7(25.0)	14(50.0)	5(17.9)	1(3.6)
洗髪介助	1(3.6)	5(17.9)	16(57.1)	3(10.7)	3(10.7)
コミュニケーションの問題					
コミュニケーション意欲への援助	11(39.3)	8(28.6)	8(28.6)	1(3.6)	0(0.0)
コミュニケーション・発語を促す援助	9(32.1)	10(35.7)	5(17.9)	3(10.7)	1(3.6)
聴力・補聴器具の援助	3(10.7)	2(7.1)	8(28.6)	8(28.6)	7(25.0)
視力・視覚補助具の援助	1(3.6)	0(0.0)	5(17.9)	9(32.1)	13(46.4)
身体機能・日常生活動作の問題					
日常生活動作の援助	9(32.1)	12(42.9)	6(21.4)	0(0.0)	1(3.6)
ベッド上可動性の援助	8(28.6)	15(53.6)	4(14.3)	0(0.0)	1(3.6)
転倒予防の援助	4(14.3)	11(39.3)	9(32.1)	3(10.7)	1(3.6)
移乗の援助	4(14.3)	12(42.9)	10(35.7)	0(0.0)	2(7.1)
歩行の援助	4(14.3)	8(28.6)	12(42.9)	3(10.7)	1(3.6)
運動療法	3(10.7)	14(50.0)	9(32.1)	0(0.0)	2(7.1)
皮膚感覚・知覚状態への援助	2(7.1)	3(10.7)	13(46.4)	6(21.4)	4(14.3)
睡眠の問題					
睡眠障害への援助	1(3.6)	4(14.3)	12(42.9)	7(25.0)	4(14.3)

表5 訪問看護における健康問題に対する看護技術の実施頻度

N=28 人数 (%)

	毎回実施	よく実施	時々実施	ほとんど実施しない	全く実施しない
医療処置					
グリセリン浣腸	12(42.9)	12(42.9)	3(10.7)	0(0.0)	1(3.6)
摘便	11(39.3)	14(50.0)	2(7.1)	0(0.0)	1(3.6)
膀胱留置カテーテルの管理	8(28.6)	13(46.4)	7(25.0)	0(0.0)	0(0.0)
経管栄養の管理(胃ろうケア, チューブ交換)	8(28.6)	12(42.9)	4(14.3)	3(10.7)	1(3.6)
気管内吸引	7(25.0)	7(25.0)	10(35.7)	4(14.3)	0(0.0)
汚物処理	6(21.4)	13(46.4)	6(21.4)	1(3.6)	2(7.1)
在宅酸素療法	5(17.9)	8(28.6)	12(42.9)	3(10.7)	0(0.0)
呼吸リハビリ・肺理学療法	4(14.3)	7(25.0)	13(46.4)	2(7.1)	1(3.6)
人工肛門の処置	4(14.3)	5(17.9)	6(21.4)	4(14.3)	9(32.1)
緊急連絡調整	3(10.7)	9(32.1)	10(35.7)	3(10.7)	3(10.7)
感染部位の処置	3(10.7)	5(17.9)	14(50.0)	3(10.7)	3(10.7)
膀胱洗浄	3(10.7)	7(25.0)	7(25.0)	5(17.9)	6(21.4)
注射	2(7.1)	0(0.0)	2(7.1)	8(28.6)	16(57.1)
気管切開部処置	2(7.1)	3(10.7)	7(25.0)	3(10.7)	13(46.4)
採痰	2(7.1)	0(0.0)	3(10.7)	1(3.6)	22(78.6)
導尿	1(3.6)	2(7.1)	6(21.4)	7(25.0)	12(42.9)
採便	1(3.6)	2(7.1)	1(3.6)	4(14.3)	20(71.4)
点滴注射	1(3.6)	3(10.7)	10(35.7)	5(17.9)	9(32.1)
感染予防の援助	1(3.6)	5(17.9)	13(46.4)	5(17.9)	4(14.3)
在宅人工呼吸療法	1(3.6)	1(3.6)	3(10.7)	5(17.9)	18(64.3)
中心静脈栄養法の管理	0(0.0)	1(3.6)	1(3.6)	10(35.7)	16(57.1)
心肺蘇生・応急処置	0(0.0)	0(0.0)	1(3.6)	8(28.6)	19(67.9)
ヘパリン・ロック	0(0.0)	1(3.6)	0(0.0)	8(28.6)	18(64.3)
連続携行式腹膜透析の処置	0(0.0)	1(3.6)	0(0.0)	1(3.6)	26(92.9)
持続皮下注入	0(0.0)	1(3.6)	2(7.1)	2(7.1)	23(82.1)
人工呼吸器等の管理	0(0.0)	2(7.1)	3(10.7)	4(14.3)	19(67.9)
吸入	0(0.0)	0(0.0)	2(7.1)	10(35.7)	16(57.1)
採尿	0(0.0)	0(0.0)	2(7.1)	6(21.4)	20(71.4)
褥創の処置	4(14.3)	11(39.3)	12(42.9)	1(3.6)	0(0.0)
服薬管理					
服薬管理	6(21.4)	11(39.3)	7(25.0)	3(10.7)	1(3.6)
計測	3(10.7)	4(14.3)	6(21.4)	6(21.4)	9(32.1)
服薬後の症状への援助	2(7.1)	12(42.9)	10(35.7)	2(7.1)	2(7.1)
血糖測定	1(3.6)	4(14.3)	8(28.6)	4(14.3)	11(39.3)
自己注射の管理	0(0.0)	2(7.1)	6(21.4)	5(17.9)	15(53.6)

「訪問看護において困っていること、改善したいこと」についての自由記載の結果をカテゴリーとサブカテゴリーに分類した(表8)。以下の文中では、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >で示す。

最も多く挙げられたのは、【訪問看護体制の確保・維持にあたっての課題】17件であり、中でも<訪問看護師の人材不足・常勤者確保の難しさがある>が8件あった。次いで、【看取りの支援を行うにあたっての課

題】が11件挙げられた。<がん患者の看取りのために病院、在宅、調剤薬局、救急の体制・連携が十分でない>(6件)、<がん特有の早い展開にあわせた家族調整やデスエデュケーションが難しい>(2件)であった。

4. 研修に関する希望(表9)

研修内容については、「運動・呼吸等のリハビリ」(8件)が最も要望があり、次いで「ターミナルケア、看取りのケア、緩和ケア」“在宅で

表6 訪問看護における健康問題に対する看護技術の実施頻度

N=28 人数(%)

在宅における看護技術の種類	毎回実施	よく実施	時々実施	ほとんど実施しない	全く実施しない
家族・介護者の問題					
主介護者の健康状態のケア	7(25.0)	13(46.4)	5(17.9)	2(7.1)	1(3.6)
主介護者の精神状態のケア	7(25.0)	10(35.7)	9(32.1)	0(0.0)	2(7.1)
介護知識への援助	7(25.0)	11(39.3)	8(28.6)	1(3.6)	1(3.6)
家庭内介護力への援助	5(17.9)	9(32.1)	9(32.1)	4(14.3)	1(3.6)
家族関係への援助	3(10.7)	4(14.3)	14(50.0)	5(17.9)	2(7.1)
家族の健康状態のケア	2(7.1)	9(32.1)	5(17.9)	7(25.0)	5(17.9)
副介護者の健康状態のケア	1(3.6)	1(3.6)	16(57.1)	5(17.9)	5(17.9)
虐待への援助	1(3.6)	2(7.1)	6(21.4)	10(35.7)	9(32.1)
居住環境の問題					
寝床・周囲環境整備	7(25.0)	10(35.7)	11(39.3)	0(0.0)	0(0.0)
居室内環境整備	4(14.3)	8(28.6)	10(35.7)	5(17.9)	1(3.6)
住宅改善への支援	1(3.6)	2(7.1)	7(25.0)	10(35.7)	8(28.6)
心理・社会的問題					
生活意欲のケア	6(21.4)	8(28.6)	9(32.1)	5(17.9)	0(0.0)
不安感のケア	6(21.4)	10(35.7)	7(25.0)	4(14.3)	1(3.6)
趣味・楽しみのケア	5(17.9)	7(25.0)	10(35.7)	4(14.3)	2(7.1)
気分の落ち込みのケア	5(17.9)	7(25.0)	11(39.3)	5(17.9)	0(0.0)
情緒のケア	5(17.9)	9(32.1)	8(28.6)	5(17.9)	1(3.6)
孤立感のケア	3(10.7)	7(25.0)	12(42.9)	4(14.3)	2(7.1)
憂鬱へのケア	3(10.7)	6(21.4)	13(46.4)	4(14.3)	2(7.1)
対人関係の援助	1(3.6)	5(17.9)	14(50.0)	4(14.3)	4(14.3)
役割遂行への援助	1(3.6)	2(7.1)	13(46.4)	8(28.6)	4(14.3)
認知の問題					
痴呆の状態のケア	6(21.4)	11(39.3)	6(21.4)	5(17.9)	0(0.0)
認知能力のケア	5(17.9)	8(28.6)	11(39.3)	3(10.7)	1(3.6)
見当識の状態のケア	4(14.3)	10(35.7)	6(21.4)	6(21.4)	2(7.1)
せん妄の状態のケア	1(3.6)	4(14.3)	11(39.3)	8(28.6)	4(14.3)
特異行動のケア	1(3.6)	3(10.7)	6(21.4)	13(46.7)	5(17.9)
ターミナル状態(がん以外)					
身体的苦痛緩和の援助	5(17.9)	8(28.6)	8(28.6)	5(17.9)	2(7.1)
疼痛コントロールの援助	4(14.3)	4(14.3)	11(39.3)	5(17.9)	4(14.3)
精神的苦痛緩和の援助	4(14.3)	4(14.3)	14(50.0)	3(10.7)	3(10.7)
悲嘆のケア	4(14.3)	4(14.3)	13(46.4)	4(14.3)	3(10.7)
終末期兆候・危篤の援助	1(3.6)	8(28.6)	12(42.9)	5(17.9)	2(7.1)
死の準備教育	1(3.6)	7(25.0)	12(42.9)	6(21.4)	2(7.1)
ターミナル状態(がん)					
身体的苦痛緩和の援助	4(14.3)	4(14.3)	14(50.0)	3(10.7)	3(10.7)
疼痛コントロールの援助	4(14.3)	1(3.6)	15(53.6)	3(10.7)	5(17.9)
精神的苦痛緩和の援助	4(14.3)	1(3.6)	16(57.1)	3(10.7)	4(14.3)
悲嘆のケア	2(7.1)	2(7.1)	13(46.4)	7(25.0)	4(14.3)
終末期兆候・危篤の援助	2(7.1)	5(17.9)	16(57.1)	3(10.7)	2(7.1)
死の準備教育	1(3.6)	5(17.9)	15(53.6)	5(17.9)	2(7.1)
社会資源の利用支援を必要とする状態					
サービス導入意志への支援	2(7.1)	5(17.9)	12(42.9)	5(17.9)	4(14.3)
社会資源利用の連絡調整	2(7.1)	7(25.0)	7(25.0)	9(32.1)	3(10.7)
経済・金銭感覚状態への支援	2(7.1)	7(25.0)	7(25.0)	9(32.1)	3(10.7)
家事援助	0(0.0)	0(0.0)	2(7.1)	10(35.7)	16(57.1)

の終末期”を支援するための、多職種や一般市民まで含めての勉強会、死生観を育む内容を含む(6件)の要望があった。以下、「認知症」「社会資源・制度・サービス(身体障害者、児含む)」各3件、「在宅で役立つ最新医療・在

宅で使用する医療機器」「フィジカルアセスメント」「家族看護・家族介護」「コミュニケーションの技術」「働く人のメンタルケア」各2件が挙げられた。

表7 訪問看護において工夫していること

在宅にあるものを工夫して使い経済的負担を最小限にする(9件)
 コミュニケーションを図り利用者や家族の不安を軽減する(7件)
 限られた時間内に利用者が満足できる方法を工夫する(6件)
 介護者である家族の歴史や立場を配慮して支える(6件)
 他職種との連携を大切にする(5件)
 現在の状態と先の予測をアセスメントし早めに対応していく(4件)
 個々人の尊重、感謝、人間性、礼儀・マナーといった基本的な姿勢を大切に(4件)
 利用者にあった方法で分かりやすく、動揺を少なくする指導方法を行う(3件)
 研修を行い新しい知識技術を取り入れる(2件)

V. 考察

1. 掛川市の訪問看護体制の現況

訪問看護施設の設置主体は、看護協会と医療法人が各2か所であり、営利法人(会社)や社会福祉法人、地方公共団体によるものはみられなかった。

訪問看護師総数33名のうち、非常勤者が64%であることや、勤務時間の分布から様々な勤務形態のあることが伺われた。訪問看護師の年齢は30歳代と40歳代で85.7%であり、看護師総経験年数10年以上20年未満が53.5%であることを合わせて考えると、経験を積んだ子育て世代の看護師が生活状況に応じて勤務していると考えられる。

一方で、1か月の訪問回数が最小2回から最大126回であり、平均値60回標準偏差30.8であることから、常勤者と数名の非常勤者が、訪問の多くを担っていると考えられる。

自由記載の「訪問看護において困っていること、改善したいこと」の最も多い記述が【訪問看護体制の確保・維持にあたっての課題】であることから訪問看護の推進には人材確保が最

表8 訪問看護において困っていること、改善したいこと

カテゴリ	サブカテゴリ
訪問看護体制の確保・維持にあたっての課題(17件)	訪問看護師の人材不足・常勤者確保の難しさがある(8件) 頻回な時間外対応や夜間・休日のオンコール対応に心身の負担を感じる(5件) スタッフ間の協働体制がとりにくい(2件) 時間をマネジメントするのが難しい(2件)
看取りの支援を行うにあたっての課題(11件)	がん患者の看取りのために病院在宅調剤薬局救急の体制・連携が十分でない(6件) 患者の臨死期における総合病院の主治医との連携・病院搬送に難しさがある(3件) がん特有の早い展開にあわせた家族調整・デスエデュケーションが難しい(2件)
多職種協働による支援を行ううえでの課題(10件)	主治医との関係において、相談・連携が難しい(8件) 地域での多職種連携・ケアマネジメントが難しい(2件)
多様なニーズに応じるための知識・技術の向上とサービス形態に関する課題(10件)	多様な家族に適した支援を行う難しさ・負担を感じる(4件) 研修参加の機会が乏しく、最新の医療知識を補いに(3件) 多様な訪問看護サービス(1日、半日、夜間、看取り)を提供していく必要がある(2件) 法律・福祉に関する知識が不足している(1件)

表9 研修会開催に関する希望

時期
 土・日曜日:8人 日曜日:2人 土曜日:4人
 月末月初を除く 4月~6月, 9月~10月頃:1人

時間帯
 日中:3人 就業時間内:1人 夕方~夜間:1人

場所
 近隣~市内:13人
 県内静岡~浜松:5人 名古屋まで:1人

その他の希望条件
 旅費支給や出張扱い:2人
 すぐに必要なテーマ:1人

内容()は件数
 運動・呼吸等のリハビリ(8)
 ターミナルケア、看取りのケア、緩和ケア”在宅での終末期”を支援するための、多職種や一般市民まで含めた勉強会、死生観を育む内容を含む(6)
 認知症(3)
 社会資源、制度・サービス(身体障害者・児含む)(3)
 在宅で役立つ最新医療、在宅で使用する医療機器(2)
 フィジカルアセスメント(2)
 家族看護、家族介護(2)
 コミュニケーション技術(2)
 働く人のメンタルケア(2)
 近隣総合病院・在宅医師との意見交換会(1)
 病院実習の機会(1)
 困難事例検討(1)
 精神科の方への対応(1)
 看護記録において、看護計画の立て方(1)

重要な課題と思われる。行政による訪問看護ステーションの整備・拡充の取り組みなど先進地のモデル事業(成瀬, 2010)や訪問看護10カ年戦略(訪問看護推進連携会議, 2009)を参考に早急な対応が望まれる。

2. 掛川市の訪問看護の利用者の特徴

掛川市内の訪問看護の利用者を地区別に確認したところ、過去に利用者のいない地区はないという結果であった。4つの事業施設のうち、1か所は市内全域をカバーしていたため、どの地区もいつれか2か所の訪問看護事業施設が採用された実績があり、市内全域で訪問看護の利用が可能な状況にあることが確認できた。

掛川市の訪問看護の利用者 333 人の内訳は、65 歳以上の高齢者が 89%を占めており、1 か月の保険別利用件数では介護保険 30 分～60 分未満が 63%と最も多く、30 分未満と 60～90 分も合わせた介護保険での利用が 84%であった。1 か月の要介護度別利用件数では介護度の高いほど利用件数が多く、要介護 4 と要介護 5 で半数近い人数を占めていることから、介護度の高い高齢者への訪問が主であることがわかる。

近年医療の高度化や在院日数の短縮化などで訪問看護のニーズは多様化し高齢者はもとより、NICU から自宅に戻る乳幼児や小児（日本看護協会ニュース、2011）（望月、2010）、急性期病院からの退院の受け入れや在宅ターミナルケア、介護保険の浸透とともに掘り出される在宅療養者の医療ニーズへの対応など（秋山、2010）が求められている。21 年度の延べ訪問件数に占める、神経難病患者 15.7%、がん患者 4.1%、小児患者 1.7%であったことから、掛川市の訪問看護においても多様なニーズへの対応が求められていることが確認された。

3. 訪問看護における看護技術の実際と課題

実施頻度が高い技術として、【呼吸・循環機能の問題】の「血圧測定」「脈拍測定」は全員が毎回実施しており、「肺ガス交換・換気交換（SPO₂測定含）」「呼吸測定」は 8 割以上が毎回もしくはよく実施していることから、訪問時に生命兆候をまず第一に確認し健康状態を把握してからケアを進めていると考えられる。

次いで【摂取と排泄の問題】の「おむつ交換」「排便状態への援助」「排尿状態への援助」は、7～9 割以上が毎回もしくはよく実施しており、【医療処置】の「グリセリン浣腸」「排便」「膀胱留置カテーテル」を 8～9 割以上が毎回もしくはよく実施していることから、日常生活援助と医療処置により、排泄の機能を整えている。

【皮膚と清潔の問題】の「陰部清拭・陰部洗浄」は 9 割以上、「皮膚状態への援助」は 7 割以上、「褥瘡予防の援助」は 8 割以上、「全身清拭」「更衣」「歯みがき・口腔清拭」は 7 割以上が、毎回もしくはよく実施していることから、訪問時に陰部や口腔といった粘膜のケアにより、尿路感

染や肺炎の予防に努めるとともに、清潔を維持することは爽快感による意欲向上や社会性を保つうえでも重要なケアと位置づけられていると考えられた。

【コミュニケーションの問題】の「コミュニケーションの意欲への援助」および【身体機能・日常生活動作】の「日常生活動作の援助」「ベッド上可動性の援助」、【家族・介護者の問題】の「主介護者の健康状態のケア」は 7 割以上が毎回もしくはよく実施していることから、在宅療養を支援するうえで、意思の疎通を図り、廃用症候群を予防し、介護者を支えることも重視して取り組まれていることが考えられた。

これらの実施頻度の高い技術項目は、先行研究（中下ら、2006）の結果とほぼ同様だった。

一方で、実施頻度が低い技術は、【医療処置】の「中心静脈栄養法の管理」「在宅人工呼吸器の管理」などの高度医療であった。21 年度延べ訪問看護件数に占める神経難病患者 15.7%、小児患者 1.7%であることから、在宅で高度医療を必要とする患者への支援は、実践する機会が頻繁にはないことが伺えた。訪問看護において困っていること・改善したいこととして、【多様なニーズに応じるための知識・技術の向上とサービス形態に対する課題】があること、研修希望に「運動・呼吸リハビリ」「在宅で役立つ最新医療や医療機器」が挙げられており、利用者のニーズの多様化への対応が迫られている。

また超高齢社会、多死社会を迎える 2020 年に向けて、在宅での看取りも課題となっている（訪問看護推進連携会議、2009）。本調査では、これまでの看取りの人数は、看護師により 0 人～50 人とばらつきがあることから、熟練した数人の看護師が看取りの支援を行っている可能性が高いと考えられた。先進的な地域では、がんの看取りを専門にする在宅医療（大岩 2010、2009）もあるように、【ターミナル状態】への支援は、がん以外とがんでは看取りの経過や必要な支援が異なる。訪問看護において困っていること・改善したいこととして、【看取りの支援を行うに当たっての課題】があること、「ターミナルケア、看取りのケア、緩和ケア、在宅での終末期を支援

する多職種や一般市民まで含めての勉強会、死生観を育む内容」が研修の希望に挙がっていることから、在宅での看取りの支援は、多職種や一般市民を交えて考える課題といえるだろう。

今回の結果では、4事業施設とも在宅療養支援診療所との連携はしていないという回答であった。掛川市内132の医療機関のうち、6病院が在宅療養支援診療所、4病院が在宅末期医療総合診療として登録されている（WAM NET, 2011年1月14日現在）。在宅での看取りや末期のがん患者、神経難病患者、小児患者の在宅療養には、医師による医学管理は不可欠である。【看取りの支援を行うにあたっての課題】や【多職種連携による支援を行うにあたっての課題】にあるように、病院や主治医、調剤薬局との連携強化も早期に解決を要する課題と思われる。同時に訪問看護師にも高い調整能力と協働に資する専門職としての力量が求められている。

VI. 結論

在宅医療を支える訪問看護の推進に向けて、掛川市の訪問看護師を対象に、実際関わっている在宅療養者の健康問題に対応して在宅で必要とされている看護技術の実際を調査した。その結果、要介護度の高い高齢者への在宅療養支援が主であり、実施頻度の高さから訪問看護師は、利用者のバイタルサインの把握を基本に、食物摂取と排泄にまつわる医療処置と日常生活援助を多く実施していた。また人工呼吸器管理などの高度医療、がん患者の疼痛コントロール、看取りの支援、と幅広く多岐にわたる技術が提供されていた。訪問看護師の確保が重要課題であり、多様なニーズに対応するための研修や多職種との連携強化が求められている。

謝辞

本調査にご協力いただきました事業施設の施設長の皆様、訪問看護師の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

秋山正子(2010):多様なニーズに応えるとは 訪問看護の現場で求められること, 15 (4),

256-259.

千田みゆき(2006):看護職者の生涯学習ニーズとその支援状況—その2 A県における訪問看護師の調査—, 日本看護学会誌, 16 (1), 207-214.

訪問看護推進連携会議(2009):訪問看護10ヵ年戦略「在宅ケアの最前線! ~明日の在宅ケアを考えよう~」

<http://www.nurse.or.jp/home/mynurse/pdf/10nen.pdf>.

望月洋子(2010):「小児」と身構えなくとも大丈夫 訪問看護だからこそできる小児の在宅支援, 訪問看護と介護, 15 (8), 584-590.

中下富子ほか(2006):訪問看護職が提供している在宅看護技術の実施頻度と難易度に関する研究, 上武大学看護学部紀要, (1), 17-33.

成瀬昂ほか(2010):行政による訪問看護ステーションの整備・拡充の取り組み 継続して展開している福岡県のモデル事業について, 訪問看護と介護, 15 (9), 702-707.

日本看護協会ニュース(2011), Vol 523, 4-5.

大岩孝司(2010):がんの最後は痛くない, 文芸春秋.

大岩孝司, 鈴木喜代子(2009):末期がんのケア/在宅緩和ケア, 治療, 91 (5), 1487-1491.

島内節ほか(2000):訪問看護業務内容の難易度順位からみた看護の構造と利用可能性, 日本地域看護学会誌, 2 (1), 17-24.

王麗華ほか(2008):在宅看護現場において求められる訪問看護師の能力, 群馬パース大学紀要, (6), 91-99.

独立行政法人医療福祉機構:福祉・保健・医療の総合情報サイト WAM NET

<http://www.wam.go.jp/>

渡辺象ほか(2009):東京都大森地区における地域医療ネットワーク構築に関する研究, プライマリ・ケア, 32 (2), 110-116.

柳澤愛子(2007):医療機関における地域連携と実践 円滑な医療・看護連携の方法と課題, 日本在宅ケア学会誌, 11 (1), 29-31.